Ficha de telemonitoramento de pacientes do SAD MELHOR EM CASA no cenário da pandemia por COVID-19

Nome do paciente: ______________________________ Idade:________ anos

Endereço: ______________________________ Tel: ____________________

Nome do(s) cuidador(es): ______________________________

Risco de descompensação: ☐ Baixo ☐ Moderado ☐ Alto

Periodicidade do contato: ☐ Diária ☐ 1x por semana ☐ 2x por semana ☐ 3x por semana

Diagnóstico(s): ______________________________

Tratamento atual: ______________________________

Acompanhado por: ☐ Enfermagem ☐ Farmácia ☐ Fisioterapia ☐ Fonoaudiologia ☐ Medicina ☐ Odontologia ☐ Nutrição ☐ Psicologia ☐ Serviço Social ☐ Terapia ocupacional

ESTADO GERAL

PARÂMETROS	Quem:	Quem:	Quem:	Quem:	Quem:	Quem:
	Data / Horário: ____/_____/____ _____ : _____	**Data / Horário:** _____/_____/____ _____ : _____	**Data / Horário:** _____/_____/____ _____ : _____	**Data / Horário:** _____/_____/____ _____ : _____	**Data / Horário:** ____/_____/____ _____ : _____	**Data / Horário:** ____/____/___ _____ : _____
Orientação: Bem / Confuso / Sonolento						
Palidez: Sim/Não						
Edema: Sim/Não						
Mobilidade: Sim/Não/Parcial						
Apetite: Bom / Diminuído / Anorético						
Dor: Sim (onde) / Não						
Cansaço: Sim / Não						
Sinais Vitais: Quando possível						
Queixas:						
Orientação/ Conduta:						

VIGILÂNCIA PARA VIROSE RESPIRATÓRIA

Tosse: Sim / Não Seca / Produtiva						
Febre: Sim / Não Medida da febre						
Coriza: Sim (Aspecto) / Não						

DISQUE SAÚDE 136

Falta de ar: Sim / Não						
Mialgia: Sim / Não						
Artralgia: Sim / Não						
Dor de garganta: Sim / Não						
Visita de pessoas gripadas: Sim (Invesigar)/ Não						
Orientação/ Conduta:						

ACOMPANHAMENTO DE FERIDAS						
Qual o tipo de úlcera? Descrever						
O curativo foi trocado? Sim / Não						
Há mal cheiro? Sim / Não						
Há secreção? Sim / Não						
Nova área de necrose? Sim / Não						
Necessita de Aval. in loco: Sim / Não						
Orientação/ Conduta:						

ACOMPANHAMENTO DE PELA EMAD/EMAP		
Profissional: ________________	**Data / Horário:** ____/____/___ _____ : _____	
Profissional: ________________	**Data / Horário:** ____/____/___ _____ : _____	
Profissional: ________________	**Data / Horário:** ____/____/___ _____ : _____	
Profissional: ________________	**Data / Horário:** ____/____/___ _____ : _____	